

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

398

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Danielle GOUDOT

Née le 10 avril 1909, à Saint-Maurice-les-Charencey (Orne)

LA TORSION
DES
SALPINGITES TUBERCULEUSES

Président : M. LEROUX, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GOUDOT.**

Prénoms : **Danielle.**

Nom de jeune fille : **RICHARD.**

Date de la soutenance : 11-3 DEC. 1941

Numéro d'ordre :

1

GOUDOT (Danielle)

La torsion des Salpingites
tuberculeuses

Paris, Jouve et C^{ie}, éditeurs,
1941. In-8°, 56 pages.

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1941, N°)

2

GOUDOT (Danielle)

La torsion des Salpingites
tuberculeuses

Paris, Jouve et C^{ie}, éditeurs,
1941. In-8°, 56 pages.

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1941, N°)

3

GOUDOT (Danielle)

La torsion des Salpingites
tuberculeuses

Paris, Jouve et C^{ie}, éditeurs,
1941. In-8°, 56 pages.

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1941, N°)

4

GOUDOT (Danielle)

La torsion des Salpingites
tuberculeuses

Paris, Jouve et C^{ie}, éditeurs,
1941. In-8°, 56 pages.

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1941, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Danielle GOUDOT

Née le 10 avril 1909, à Saint-Maurice-les-Charencey (Orne)

LA TORSION
DES
SALPINGITES TUBERCULEUSES

Président : M. LEROUX, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Clinique de la tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Clinique de cardiologie

Clinique de neuro-chirurgie

Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.

ROUVIÈRE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLERY-
 RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 N...
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BENARD
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 N...
 LAIGNEL-LAVASTINE
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 N...
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LÉVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBRÉDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 N...
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE..... Anatomie pathologique.
 DELAY..... Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LE LONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE..... Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL.... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophthalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD..... Pathologie chirurgicale.
 SOULIE..... Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH.... Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ.....	
CATHALA.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER....		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR.....		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY.....	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

*Dont l'exemple et les bons conseils m'ont
constamment encouragée.*

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Sous-directeur à l'Institut du Cancer

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

AU DOCTEUR DUPERRAT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique à la Faculté

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de ce travail et nous a constamment
guidé.*

*Nous le prions d'accepter nos très grands
remerciements.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST
MONSIEUR LE DOCTEUR HALLÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR MONIER-VINARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE DOCTEUR ÉCALLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

LA TORSION DES SALPINGITES TUBERCULEUSES

Ayant eu l'occasion d'observer la torsion d'un abcès froid tubaire gauche entièrement latent, nous avons pu nous rendre compte de la difficulté diagnostique que posent en clinique de tels accidents. Nous avons cru intéressant de rassembler les observations parues sur ce sujet et de les comparer les unes avec les autres.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La torsion des salpingites chroniques est connue depuis longtemps et un certain nombre de travaux l'ont étudiée en détail. Parmi les salpingites chroniques qui se sont compliquées de torsion, les cas de salpingite tuberculeuse ont été publiés tardivement et paraissent assez peu fréquents. Nous en avons retrouvé six dans la littérature médicale française.

I. — Torsion des salpingites chroniques.

La première observation de salpingite tordue est publiée en 1891 dans *The Lancet*, par BLAND-SUTTON.

Elle est suivie des publications de VAL (1891, de Pierre DELBET (1892), de CLADO, POIRIER, HARTMANN et REYMOND (1894). Arthur of FORCELLES (1898) et MAILLARD leur consacrent sa thèse à Paris en 1898.

La question est mise au point par deux travaux principaux : celui de LEGUEU, paru dans la *Presse*

médicale en 1900, et celui de CATHELIN qui dans la *Revue chirurgicale* en 1901 réunit quarante et une observations. Dans sa thèse, à Bordeaux, en 1904, BUSQUET étudie la torsion des salpingites kystiques mais sans citer un seul cas de *Pyosalpinx* tuberculeux.

Nous devons mentionner encore la thèse de SIMONET (Bordeaux, 1906) : « La torsion du pédicule dans les salpingites », et celle de VERDIER (Paris, 1911) : « La torsion de l'hydrosalpinx ».

Enfin d'autres observations de torsion d'hydrosalpinx ont été publiées depuis par GROSS et SCHUL, et PERRIN.

De la lecture de ces travaux on apprend que la torsion se rencontre surtout dans les hydrosalpinx. CATHELIN dit même qu'elle est le fait exclusif des hydrosalpinx parce que ceux-ci étant dépourvus d'adhérences conservent une mobilité qui les prédispose aux accidents mécaniques. Cependant sur les cinquante cas étudiés dans la thèse de BUSQUET on relève neuf cas de pyosalpinx. Chaque fois d'ailleurs ces pyosalpinx étaient dépourvus d'adhérences.

Tantôt la torsion se produit d'une façon aiguë réalisant un tableau dramatique qui pose une indication opératoire d'urgence, tantôt — c'est LEJARS qui y a insisté pour la première fois — la torsion se fait par étapes, parfois éloignées, provoquant des crises paroxystiques douloureuses successives pendant lesquelles elle se complète peu à peu.

Au point de vue anatomique tantôt la torsion se

fait au tiers externe de la trompe, là où la trompe se libère du ligament large (CATHELIN), tantôt elle se fait au ras de l'insertion utérine. Toujours complète, souvent multiple, elle s'accompagne le plus souvent d'étranglement de la trompe et alors de coloration violacée ou noirâtre elle ressemble à une anse intestinale de hernie étranglée. Dans ce cas le contenu de la trompe est hémorragique. Parfois cependant, et ce sont sans doute les cas où l'intervention fut très précoce, il n'y a pas encore de symptôme anatomique d'étranglement quand on fait la salpingectomie.

Il est à noter que l'ovaire suit rarement la trompe dans sa torsion. C'est ainsi que sur 43 cas étudiés par CATHELIN l'ovaire n'avait suivi la trompe que neuf fois. Cette considération fait comprendre que l'intervention est le plus souvent conservatrice. L'intervention a consisté, en effet, le plus souvent dans l'extirpation de la trompe malade entre deux ligatures. Les suites opératoires commandées par l'état des annexes opposées et par l'état du petit bassin et de l'utérus ont été dans la majorité des cas favorables.

II. — Torsion des salpingites tuberculeuses.

Classification des salpingites tuberculeuses :

On admet généralement, et cette classification est adoptée par MOULONGUET dans son rapport sur la tuberculose génitale à la Société de Gynécologie et

d'obstétrique en 1933, qu'il existe quatre formes anatomo-cliniques principales des salpingites tuberculeuses : Deux formes graves s'accompagnant de lésions pelvipéritonéales importantes qui sont :

a) La salpingite granuleuse avec pelvipéritonite granuleuse accompagnée souvent mais pas forcément d'ascite.

b) La forme ulcéro-caséuse qui remplit et bloque le petit bassin.

Deux formes isolées sans pelvipéritonite :

c) L'abcès froid tubaire ou pyosalpinx tuberculeux.

d) L'hydrosalpinx tuberculeux, qui paraît très rare.

Outre le cas que nous avons observé nous-même, nous avons retrouvé 5 observations de torsion de salpingite tuberculeuse :

WAISS et MATHIEU (Nancy, 1922).

HAMAND (Nancy, 1924).

CHASTENET DE GÉRY et LACROIX (Paris, 1927).

LAPEYRE et FAYOT (Montpellier, 1933).

GUILLEMIN (Nancy, 1936).

Sauf dans le cas de CHATENEY DE GÉRY, il s'agissait toujours d'abcès froid tubaire.

L'abcès froid tubaire, ou pyosalpinx tuberculeux, a été décrit par ALBERTIN qui l'a ainsi défini : « Localisation tuberculeuse chronique d'emblée évoluant à la façon d'un abcès symptomatique d'un mal de Pott, et rappelant par son évolution insidieuse, sa symptomatologie fruste, ses dimensions et les caractères du

pus l'abcès par congestion.» Très souvent sa latence est complète, ou bien ce sont des troubles des règles, des douleurs pelvi-abdominales imprécises qui provoquent un examen gynécologique. On trouve alors une masse latéro-utérine rénitente, bien plus souvent bilatérale qu'unilatérale, dont le diagnostic est très difficile avec le kyste de l'ovaire, sauf cependant si des antécédents tuberculeux manifestes attirent l'attention sur la possibilité d'une tuberculose génitale latente. MOULONGUET admet que l'abcès froid tubaire se révèle dans 15 % des cas par une complication. Celle-ci peut être la torsion (les 6 cas que nous allons étudier) ou la rupture (2 cas de DHIER et CAMELOT). A l'intervention on découvre des lésions presque toujours bilatérales. Cependant PIQUÉ et ABADIE ont colligé 4 cas d'abcès froids unilatéraux.

La trompe qui est le siège d'un abcès froid présente un aspect tout à fait caractéristique. C'est en effet une lésion isolée qui ne s'accompagne pas de phénomènes péritonitiques, qui est exempte d'adhérences. La trompe, très volumineuse, piriforme, à grosse extrémité externe a un aspect lisse et régulier. Lorsqu'on l'incise on s'aperçoit que sa paroi est considérablement épaissie et qu'elle contient un pus épais, d'une coloration jaunâtre ou blanchâtre, parfois encore liquide, parfois presque solide, ayant la consistance du mastic. En général le pus est stérile et on n'y découvre point de bacille tuberculeux. C'est l'examen histologique de la paroi tubaire qui, montrant quelques follicules tuberculeux typiques, per-

met de rapporter la lésion à sa véritable étiologie. Quoiqu'il en soit c'est une tuberculose isolée, latente, très lentement évolutive, et par conséquent peu virulente. Du fait de l'absence de lésion péritonéale et de lésion tuberculeuse utérine, le pronostic post-opératoire est dans tous les cas excellent.

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est presque toujours l'abcès froid tubaire qui est rencontré dans la torsion des salpingites tuberculeuses, sauf cependant dans le cas de CHASTENET DE GÉRY où il s'agissait d'une salpingite folliculaire torpide bilatérale, sans dilatation et sans formation de pus.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous décrirons en premier lieu le cas que nous avons eu l'occasion d'observer en novembre 1940, et qui a été publié à la *Société anatomique* le 9 janvier 1941, par MM. HUCHET et DUPERRAT.

Mlle D..., 19 ans, a été bien portante jusqu'au 10 novembre 1940, mention faite d'une crise d'appendicite en 1937, immédiatement opérée et guérie sans complication. Rien à signaler dans les antécédents, tant personnels que familiaux.

Le 10 novembre, dans l'après-midi, la malade ressent quelques douleurs dans le bas-ventre, prédominant à gauche, ne s'accompagnant ni de vomissements, ni d'arrêt des matières et des gaz, ni de troubles urinaires. Elles durent plusieurs heures, puis se calment. Dans la soirée une nouvelle crise assez violente se produit qui cesse rapidement. Le médecin pense à ce moment à la possibilité d'une conclusion mais devant le peu de netteté des signes décide de garder la malade sous surveillance.

Le 11 novembre, à 3 heures du matin, nouvelle crise, mêmes caractères, absence de vomissements et d'arrêt des gaz. A l'examen tout le bas-ventre est douloureux, surtout à gauche, et au toucher rectal on trouve dans le Douglas une masse assez volumineuse dont on ne peut préciser la nature, mais dont la constatation fait prendre la décision d'envoyer la malade à la clinique. A 6 heures, l'état général est satisfaisant : le facies est bon, température 37°2, pouls 76, pas de vomissements ni de signes d'occlusion. Les douleurs se sont un peu calmées et il persiste seulement un endolorissement, pas de gargouillements. A la palpation on trouve une masse tendue, légèrement douloureuse, couchée obliquement de l'épine iliaque au pubis : cette masse est très superficielle et assez mobile. Au toucher rectal on trouve la masse du Douglas ; elle est nettement indépendante de la tuméfaction sentie par la palpation de l'abdomen.

En présence de ces signes, l'intervention immédiate est décidée, l'indication opératoire ne faisant pas de doute encore que le diagnostic soit hésitant entre une occlusion intestinale et une torsion de kyste ou de trompe. En raison de l'absence de ballonnement, de vomissements et d'arrêt des gaz c'est le diagnostic de volvulus annexiel qui est envisagé de préférence à celui d'occlusion. Toutefois la présence de deux masses nettement distinctes empêche d'affirmer un diagnostic précis ; s'agit-il de deux kystes ? ou plutôt d'un kyste dans le Douglas avec torsion d'un hydrosalpinx gauche en raison de la forme allongée et de la situation antérieure de la masse sentie au palper abdominal ? Il n'était pas question dans le cas présent d'envisager la

possibilité d'une grossesse extra-utérine ni d'une salpingite gonococcique.

Intervention : laparatomie médiane sous-ombilicale. Il existe un minime épanchement péritonéal.

On constate que la masse perçue au-dessus de l'arcade gauche est constituée par le côlon qui s'est encastré dans une loge formée par la paroi abdominale, la vessie, l'utérus et l'épiploon venu s'accoler contre ces organes. On libère le côlon pour le récliner et pouvoir explorer le bassin. Utérus normal. La masse qu'on trouve dans le Douglas est constituée par la trompe gauche, congestionnée, violacée, plus grosse que le poing dans sa partie ampullaire, diminuant de calibre régulièrement à mesure qu'on se rapproche de l'utérus. Au contact de celui-ci, la trompe est tordue de *cinq tours* dans le sens des aiguilles d'une montre. Les annexes droites paraissent saines ; il n'y a pas de granulations sur le péritoine.

On pratique la section de la trompe, suivie de la ligature et d'enfouissement du moignon. L'ovaire gauche est sain et reste en place.

Fermeture sans drainage. Suites opératoires normales et lever le 13^e jour.

L'examen de la pièce montre une masse piriforme, longue de 17 centimètres. La partie la plus grosse est constituée par la région distale, plus volumineuse qu'un poing d'adulte. Sa coloration est aubergine, verdâtre par endroits. La section montre que la paroi est assez épaisse, dure, et que le contenu est du pus blanc, très épais, collant au couteau.

Examen histologique. — Les franges tubaires ont disparu et la muqueuse est abrasée, sauf au niveau

des culs-de-sac glandulaires qui sont assez nombreux et dilatés, granulokystiques, tapissés par des cellules plutôt cubiques que cylindriques. La surface endotubaire est recouverte de pus, ne renfermant que quelques noyaux en pycnose, sans éléments cellulaires reconnaissables ni germes visibles.

Le chorion est parsemé de nodules inflammatoires lymphoïdes et de nodules épithélioïdes à centre nécrosé, contenant quelques cellules géantes, dont l'aspect est typiquement tuberculeux. L'ancienneté de l'inflammation est attestée par la présence de placards discontinus de sclérose hyaline et surtout par des dépôts de cristaux d'acide gras entourés d'une réaction macrophagique.

La musculuse est partout conservée. Les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang mais non thrombosés.

* * *

Abcès froid tubaire bilatéral. Double torsion gauche, par HAMANT (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*).

Mme J. M..., 22 ans, a toujours joui d'une santé relativement bonne. Sans être très robuste, elle n'a jamais été arrêtée dans sa vie courante de ménagère à l'aise. Réglée à 13 ans, régulièrement mais avec quelques douleurs, elle se marie à 20 et ne signale rien d'anormal jusqu'au mois d'avril 1923. A ce moment, elle ressentit tout à coup une douleur assez vive dans le flanc gauche. Cette sensation pénible persiste sans

arrêt, mais sans exacerbation jusqu'au jour de l'intervention (fin octobre 1923). Je fus appelé à examiner la malade précisément en raison de cette douleur persistante et pus percevoir par le palper abdominal et mieux encore par le palper et le toucher combinés, une tumeur peu douloureuse, du volume d'une belle aubergine plaquée contre les parois du bassin. Du côté droit existait une masse moins volumineuse apparemment, nullement douloureuse et perceptible seulement par le toucher et particulièrement par le toucher rectal.

Etant donné l'histoire de la malade, je pensai à la possibilité d'une salpingite bacillaire et prévins le mari des possibilités d'une exérèse totale des organes génitaux. Le ménage désirait des enfants, cette solution lui agréait peu, mais se pliant aux circonstances était prêt à toute éventualité.

20 octobre 1923 : laparotomie sous rachianesthésie. Nous constatons de suite à gauche l'existence d'une trompe volumineuse, tordue trois fois sur son pédicule et recouvrant la trompe droite tombée dans le Douglas.

Etant donné que les lésions ne paraissaient commencer que 3 à 4 centimètres au delà de l'utérus, qu'il s'agissait d'une femme jeune, désireuse d'avoir des enfants, de santé relativement bonne, sans tare bacillaire appréciable, que la famille prévenue d'une possibilité de récurrence consentait à l'épreuve d'un traitement conservateur, nous avons pratiqué l'intervention suivante :

Ablation des deux abcès froids tubaires. Puis par le moignon des trompes, section double permettant

d'obtenir quatre valves qui furent fixées du côté utérin de telle sorte qu'au lieu d'un petit orifice nous avions une sorte d'entonnoir faisant communiquer la cavité abdominale avec l'utérus par une petite trompe de 2 centimètres de longueur environ. Les ovaires furent fixés aux environs du nouveau pavillon.

Suture soignée de la paroi abdominale en trois plans.

Les suites furent d'une simplicité idéale. Pas la moindre réaction thermique. Les agrafes enlevées le 8^e jour, la malade se levait le 10^e et reprenait en partie ses occupations une dizaine de jours plus tard. Elle continue à bien aller.

Les règles étant apparues, normales, le huitième jour après l'opération, sans douleurs, ne s'accompagnant d'aucun phénomène anormal.

Les deux trompes ont l'aspect habituel : paroi blanchâtre, lisse, elles mesurent douze et dix centimètres de long, et huit de diamètre. Leur contenu est purulent, verdâtre.

Je signalerai comme point un peu particulier la torsion de la trompe gauche. Je ne me souviens pas avoir vu signaler cette particularité qui pourtant doit être assez fréquente étant donné que cette masse se présente pédiculée, sans adhérence, munie d'un long pédicule, bref toutes les conditions prêtant à la torsion. Celle-ci fut du reste heureuse ici, car elle attira l'attention sur ces lésions latentes et permit une exérèse encore favorable.

J'ai tenté le traitement conservateur à outrance, préconisé ici même par M. le D^r VAUTRIN et ai joint la prothèse du moignon restant.

Que deviendront ces rudiments de trompe ? L'avenir seul nous fixera sur ce point. La bénignité des suites permet d'espérer que l'orifice restera perméable.

Double abcès froid tubaire avec torsion d'un des pyosalpinx, par J. C. LAPEYRE et J. FAYOT (Montpellier, 1932).

Anna A..., jeune fille de 25 ans, entre à la clinique gynécologique de l'Hôpital Suburbain le 14 septembre 1931. Sept à huit mois auparavant elle a ressenti brusquement des douleurs très vives dans le bas-ventre qui se sont accompagnées de vomissements et de fièvre: cette crise n'a duré que deux ou trois jours ; dans la suite, douleurs abdominales sourdes, jusqu'au début du mois de septembre, date à laquelle se produit une deuxième crise douloureuse plus intense et plus longue que la première. C'est à ce moment que la malade entre à la clinique gynécologique.

Les règles sont abondantes, régulières, non douloureuses.

On relève dans les antécédents une pleurésie séro-fibrineuse à droite en 1926 et une deuxième, de même nature, à gauche, en novembre 1927.

A l'examen, tout le pelvis paraît occupé par des masses dont le pôle supérieur est perçu à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elles sont dures, douloureuses et paraissent fixées. Le toucher vaginal est rendu impossible par l'intégrité de l'hymen. Le toucher rectal permet d'atteindre le pôle inférieur

des masses pelviennes qui paraissent occuper et bloquer tout le petit bassin.

Durant l'évolution de l'affection, la malade à part les périodes de crise, est restée apyrétique. Etant donné les antécédents bacillaires de la malade, le diagnostic de tuberculose génitale ne faisait pas de doute. Restait à en préciser la forme anatomique. Les caractères physiques, masses dures, douloureuses, fixées, étaient tels que l'on se crut en présence d'une de ces formes de tuberculose génitale ulcéro-caséeuse qui, faisant un seul bloc des organes et des parois du petit bassin, ne se prêtent nullement à l'exérèse chirurgicale.

On entreprit donc le traitement médical en se réservant d'intervenir au cas où il ne donnerait pas de résultats suffisants.

En septembre et octobre 1931, traitement par la méthode de Finikoff : huit injections de 10 cc. d'huile et de 1 cc. de teinture d'iode ; absorption de sels de calcium.

En novembre, 30 séances de rayons ultra-violets. A la suite de ces traitements, les masses pelviennes paraissent diminuer de volume ; leur pôle supérieur s'abaisse si bien qu'on parvient difficilement à l'atteindre par le palper. D'autre part, la malade accuse une diminution très nette de ses douleurs.

Ces résultats nous encouragent à poursuivre le traitement médical : on fait en décembre six injections de Vaccin de Vaudremer.

En mars 1932, la malade qui était restée apyrétique et ne souffrait presque plus, présente une crise douloureuse abdominale analogue à celles qui avaient

marqué le début de sa maladie, avec vomissements et fièvre, d'une durée de quelques jours.

En juin, réapparition de douleurs sourdes et continues. Comme d'autre part, on constate que les masses pelviennes, bien que paraissant beaucoup moins considérables qu'au début, ne régressent plus depuis plusieurs mois, on décide de faire une laparotomie pour préciser la nature exacte des lésions et réaliser tout au moins l'exposition à l'air, si l'exérèse apparaissait impossible.

Le 20 juin 1932, intervention sous-rachianesthésie (12 cgr. de syncaïne).

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Le péritoine pelvien est dépourvu de toute lésion tuberculeuse, sauf au niveau d'une zone très réduite de l'utérus où l'on aperçoit quelques granulations ; ce fait mis à part, l'utérus est normal. Les deux trompes sont renflées chacune en un pyosalpinx qui a la forme et le volume d'une petite aubergine et qui est rattaché à l'utérus par la portion isthmique étirée, allongée, et qui paraît indemne. A gauche, la trompe a basculé dans le Douglas ; à droite, le pédicule du salpinx s'est tordu d'un tour et demi. L'ovaire droit est kystique, l'ovaire gauche paraît à peu près sain. Il n'y a aucune espèce de lésions péritubaires, aucune adhérence, sauf au niveau du pédicule tordu, sur lequel s'est fixée une bride épiploïque. On pratique à gauche une salpingectomie ; à droite une castration ; on laisse donc en place l'utérus et l'ovaire gauche.

Fermeture en trois plans ; suites opératoires normales.

Les pièces sont constituées par deux pyosalpinx

d'une contenance de 300 à 55 cc. chacun, à paroi parfaitement régulière et lisse. Une ponction pratiquée dans l'un d'eux a permis de retirer quelques centimètres cubes de pus. L'examen bactériologique n'a pas montré de germe (LAPEYRE et FAYOT, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie*).

Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. Torsion de l'un d'eux, par A. GUILLERMIN (Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Nancy, 15 novembre 1936).

Mme D..., 23 ans, n'a aucun antécédent pathologique qui puisse être retenu. Elle a été réglée à 11 ans régulièrement. Elle a eu deux retards de règles, l'un de quinze jours, l'autre de trois semaines, avec expulsion de caillots sans douleur. Ces retards ont été diagnostiqués comme avortements.

De bonne santé apparente, elle n'a pas maigri et ne présente pas de signes de tuberculose. L'affection actuelle semble avoir eu son début il y a six ans. Cette jeune femme a ressenti une douleur vive, prédominant dans la fosse iliaque gauche, qui s'est atténuée progressivement et a disparu en quelques jours. De nouveau, le 30 mars de cette année, la même douleur violente est réapparue dans la fosse iliaque gauche pendant trois jours et a été attribuée à un empoisonnement alimentaire mais sans signes objectifs.

Le troisième épisode est survenu à l'occasion des dernières règles, le 27 septembre 1936 : Ce jour et pendant les deux journées suivantes, la même dou-

leur encore s'est reproduite, forçant la malade à s'aliter. Puis une journée de répit, suivie de reprise des douleurs qui font penser à une colique néphrétique. Cependant on n'observe pas de troubles digestifs ni urinaires.

Trois piqûres de morphine calment peu les souffrances de la malade.

Le 2 octobre, elle entre à la clinique : facies pâle et tiré, pouls à 100, température 37°4. A la palpation, on note une légère défense abdominale et la moindre pression au niveau des deux fosses iliaques est très douloureuse.

Au toucher, l'utérus est de volume moyen, les culs-de-sac latéraux sont souples, mais il est impossible de les explorer par un toucher bi-manuel en raison de la douleur abdominale. Il semble cependant qu'on perçoive une masse annexielle gauche.

Malgré l'absence de retard dans les règles, on pense à un avortement tubaire.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Teinte légèrement violacée du péritoine et des anses grêles. Un peu de sérosité rouge dans le Douglas. La trompe gauche a une forme en U, le pavillon étant au contact du segment juxta-utérin ; elle est tendue, de couleur aubergine, la largeur des branches de cet U est de 2 cm. 5. Il existe une torsion d'un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. La trompe droite, également volumineuse (2 cm. de diamètre) est rosée, régulière. Elle affecte la forme d'une banane. Ni l'une ni l'autre n'ont d'adhérences.

On ne constate aucun signe de péritonite adhésive, les anses intestinales sont parfaitement libres. Aucune

granulation n'est visible, pas plus sur le péritoine pelvien que sur l'intestin.

Ablation des deux trompes. Suites opératoires normales.

L'examen anatomo-pathologique (Pr LUCIEN) laisse écouler à la coupe du pus épais, jaune verdâtre. Au microscope, on trouve dans les deux trompes des lésions de nature tuberculeuse avec cellules géantes caractéristiques. La similitude des caractères de la douleur, leur localisation identique, autorisent à penser qu'elle provenait de début de torsion qui ne s'est pas complétée. Ce n'est qu'à la troisième fois que la torsion s'est produite effectivement et a persisté.

Le mécanisme est du reste assez explicable. La masse du pyosalpinx a basculé autour de son pédicule, par son poids s'est fixée dans cette position, par le fait des troubles circulatoires qui, en le congestionnant davantage, l'ont encore alourdi.

Connaissant la fréquence des troubles des règles dans les tuberculoses génitales, on est conduit à se demander si les deux retards de règles observés étaient bien dus à un petit avortement. L'absence de toute douleur évoque plutôt un trouble menstruel que la présence de caillots n'infirme pas.

Torsion d'un pyosalpinx tuberculeux, par MM. WEISS et MATHIEU (Nancy, 1922).

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, entrée à l'hôpital le 25 mars. Parents en bonne santé. Trois frères bien portants.

Antécédents personnels. — Rien à signaler pendant la première et la deuxième enfance. Réglée à 13 ans, assez irrégulièrement au début : règles peu abondantes surtout ces deux dernières années où elles ne duraient que deux jours, caractérisées par un écoulement insignifiant. Depuis deux mois, la jeune fille présentait de la lassitude après le moindre effort physique, de la somnolence, de fréquentes céphalées. Les dernières règles dataient du 15 mars.

Maladie actuelle. — La malade, qui n'avait jamais interrompu le cours de ses études dans une école de la ville, est prise brusquement en classe, le 24 mars, à 9 heures, d'une douleur violente dans le flanc droit ; on la ramène chez elle. Le médecin qui la voit à la fin de la matinée ne constate rien d'alarmant ; le pouls bat à 60, bien frappé, régulier ; il n'y a pas de température ; la palpation de l'abdomen est partout légèrement douloureuse ; à droite dans la région appendiculaire, il existe une légère défense qui interdit la palpation profonde ; la malade a vomi deux fois depuis le début de l'accident, elle a eu une selle.

Le soir, même état, température 37°2, pouls 60.

Le 25 mars, au matin, le pouls est à 60, régulier, égal, pas de température, la défense de la fosse iliaque droite semble s'être accentuée.

Le 25 mars, au soir, vers 14 heures, les douleurs augmentent et s'irradient vers la fosse iliaque gauche ; à 18 heures, le médecin traitant se trouve en présence d'un tableau clinique modifié : le pouls est passé à 100, température 37°5, une sensibilité nette de la fosse iliaque gauche est apparue et le facies s'est modifié ; les yeux se sont excavés, le nez un peu pincé. Il envoie

la malade dans le Service de M. le Professeur WEISS où elle arrive à 18 heures. A son entrée, nous trouvons un pouls à 120, régulier, température $37^{\circ}8$, de la défense dans la fosse iliaque droite et à gauche de la sensibilité sans défense ; pas de ballonnement ni de matité dans les flancs. La malade n'a pas vomi, son facies est coloré normalement, mais elle semble somnolente répondant avec effort à nos questions : nous pensons à une crise appendiculaire et prescrivons l'application immédiate de glace sur l'abdomen avec diète hydrique.

A 21 heures, nous constatons que le pouls bat à 100. La température n'a pas augmenté, aucun phénomène nouveau n'est apparu.

Le 26 mars, au matin, la température est à $37^{\circ}6$, le pouls à 88, l'état général semble meilleur : les douleurs ont diminué, mais la sensibilité des deux fosses iliaques persiste, il y a de l'hyperesthésie surtout marquée à gauche. Pas de défense, pas de plastron. On continue l'application de glace sur l'abdomen.

Le soir, la température est montée à $39^{\circ}2$, le pouls à 120 est petit et présente des irrégularités : le facies s'est modifié, les pommettes sont rouges, le nez un peu froid, la torpeur est assez prononcée ; la malade est indifférente à ce qui se passe dans son entourage. Une légère submatité est apparue dans les flancs ; la défense a augmenté à droite ; à gauche la paroi est dépressible mais il y a de l'hyperesthésie, un léger ballonnement du ventre.

On pense à une aggravation des lésions appendiculaires, à l'ouverture d'un abcès ou à une perforation appendiculaire et l'on se décide à intervenir.

Intervention le 26 mars à 16 heures (Professeur WEISS et Dr MATHIEU). Sous-anesthésie générale au chloroforme incision de Jalaguier. La paroi est très congestionnée, le péritoine présente de nombreuses arborisations vasculaires ; celui-ci ouvert, un liquide séro-hématique s'écoule par la plaie en assez grande abondance, semblant venir du petit bassin. L'épiploon qui se présente aussitôt dans la plaie est violacé et présente de petites granulations miliaires : le cæcum a des parois très épaissies, couvert de ces mêmes granulations. L'appendice est très long et très congestionné. Celui-ci est réséqué au thermo, son moignon est, suivant le procédé habituel, rapproché du méso à l'aide du catgut qui a servi à ligaturer celui-ci ; on met un petit drain dans le Douglas et on ferme en trois plans.

On pense à l'existence d'une péritonite tuberculeuse aiguë révélée par l'existence de granulations nombreuses rencontrées sur le cæcum, l'épiploon, l'ilion.

La présence du liquide séro-hématique semble s'expliquer ainsi très simplement, par des extravasations sanguines ; on pense cependant à un point de départ salpingien possible ; le toucher rectal nous révèle en effet l'existence de chaque côté de l'utérus de deux masses dures assez symétriquement placées, mais l'état de la malade est si inquiétant que l'on hésite à pratiquer une laparotomie médiane. On continue les applications de glace sur l'abdomen, après avoir pratiqué des injections de sérum, d'huile camphrée et de caféine.

Le 27 mars, au matin, la température est tombée à 37° ; alors qu'à 7 heures le pouls était bien frappé, à

100, le facies coloré, à 9 heures le pouls est devenu presque imperceptible, à 120, la pâleur du visage est extrême, le nez refroidi ; ces symptômes nouveaux font penser à une hémorragie interne ; cependant le ventre est souple, non ballonné, les flancs sont restés sonores dans presque toute leur hauteur. Par le drain laissé lors de l'intervention il ne s'est écoulé qu'une minime quantité de liquide ascitique hémorragique. L'aspiration pratiquée dans ce drain ne ramène que 15 gr. de liquide environ. Des vomissements bilieux fréquents sont apparus.

La tension au Pachon est à 9 h. 45 de Mx + 9 Mm + 6. On pratique une injection intraveineuse de 1 litre de sérum adrénaliné, une injection sous-cutanée de 20 cc. d'huile camphrée, de 100 cc. de sérum gélatiné ; on met des bandes autour des membres inférieurs et on place la tête en position déclive ; à 1 h. 30 la tension est légèrement remontée : Mx + 10 Pp + 6 1/2. Le facies s'est recoloré. La malade a repris ses sens.

Le soir, le pouls est imperceptible à 120. La température est à 37°. Le visage est bien coloré, les pommettes semblent même plus rouges que normalement, mais la malade est dans un état de prostration extrême. Comme les efforts de vomissements sont devenus incessants depuis 14 heures, on fait un lavage d'estomac qui ne ramène qu'un liquide bilieux. L'état est des plus inquiétants : on administre des toni-cardiaques en injections sous-cutanées, du sérum glucosé sous la peau ; les urines sont rares.

Le 28, au matin, la température est à 37°, le pouls est imperceptible, seule l'auscultation peut nous rensei-

gner sur la fréquence des battements qui sont à 120. Les pommettes sont très colorées mais le sont irrégulièrement par placards, ce qui témoigne de l'existence de troubles vaso-moteurs facilement perceptibles par ailleurs ; le regard est fixe mais du strabisme est apparu : la malade est dans un état semi-comateux dont rien ne peut la tirer ; il y a de la raideur de la nuque, du Kernig. La ponction lombaire donne issue à un liquide céphalo-rachidien rosé.

La malade meurt le 28 au soir avec tous les signes d'une granulie méningée.

L'autopsie ne peut être faite qu'incomplètement. On doit se contenter de l'ouverture de l'abdomen seul ; on est frappé de découvrir alors dans le petit bassin l'existence d'une volumineuse tumeur érigée le long du flanc droit de l'excavation piriforme, présentant tout à fait l'aspect d'une anse intestinale étranglée. Cette masse est constituée par la plus grande partie de la trompe droite, qui, considérablement distendue, a subi sur elle-même et autour de son axe, plusieurs mouvements rotatoires au point que l'on peut compter quatre tours de spire ; elle reste rattachée à l'utérus par un pédicule qui représente la portion isthmique ayant conservé son calibre normal. Cette ampoule a 10 cm. de hauteur et 5 cm. de largeur environ : les franges du pavillon sont nettement visibles, semblant agglutinées les unes aux autres, obstruant complètement l'ostium abdominal puisque le liquide sous pression contenu dans la cavité tubaire ne peut s'en écouler. Des granulations sont disséminées çà et là à la surface de la tumeur : après fixation au formol on constate qu'elle contient du sang mélangé de pus ;

l'épaisseur des parois de la poche varie de 3 à 4 millimètres ; l'ovaire n'ayant pas participé au processus de rotation semble normal macroscopiquement.

La trompe gauche est très dilatée, elle aussi, au niveau de son côté ampullaire ; elle a là, en effet, le volume du pouce sur une hauteur de 7 cm. ; au niveau de sa portion isthmique, elle présente de nombreuses coudures situées dans le même plan frontal, coudures rendues irréductibles par des voiles et des tractus fibrineux.

L'ampoule s'est, comme sa congénère, redressée verticalement ; elle tend à s'évader du bassin pour gagner l'abdomen et on a l'impression qu'elle était, elle aussi, sur le point de basculer en raison de son poids, en avant et en bas. Des granulations se rencontrent également, nombreuses, sur toute sa surface : l'ovaire est intact.

L'utérus, de volume normal, présente quelques granulations au niveau de son fond, ainsi que le cæcum, l'épiploon, les anses grêles les plus proches du petit bassin. Ces viscères présentent de plus cette vascularisation intense qui avait été notée lors de l'intervention.

Examen de l'appendice et des trompes (D^r MORLOT).

— L'appendice ne présente aucune lésion tuberculeuse, les seules lésions pathologiques consistent en une très forte hypertrophie des organes lymphoïdes, la muqueuse et les autres tuniques ne sont pas altérées, à part une légère infiltration leucocytaire.

Les trompes droite et gauche présentent des lésions identiques de tuberculose, de salpingite tuberculeuse avec pyosalpinx. Le processus est très avancé ; toute

la muqueuse et la musculuse en partie sont transformées en un tissu embryonnaire grisâtre, gélatineux avec fonte caséuse ; dans ces tuniques on rencontre de nombreuses cellules géantes et épithélioïdes ; enfin on suit par place la marche progressive de la tuberculose sur les tuniques externes ; on découvre des tubercules miliaires rares, sous-péritonéaux, enfin des lésions très récentes de péritonite tuberculeuse.

En résumé, il s'agit d'une tuberculose des trompes bilatérales avec dilatation de celles-ci à contenu caséopurulent et propagation de proche en proche de la tuberculose au péritoine. Donc double pyosalpinx tuberculeux chez une jeune fille de 15 ans, torsion brusque du pyosalpinx droit, se transformant ainsi en hématosalpinx et donnant lieu à une symptomatologie rappelant si bien celle de l'appendicite qu'une intervention semble indiquée. Mort rapide au cinquième jour de la maladie avec les signes d'une granulie méningée.

Torsion de deux trompes en apparence normales et histologiquement tuberculeuses,
par CHASTENET DE GÉRY et LACROIX (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 6 avril 1927).

Mme V..., âgée de 29 ans, consulte pour des douleurs abdominales dont voici l'histoire :

Ces douleurs ont débuté il y a un an, en septembre 1925 après environ six mois de mariage et à l'occasion, paraît-il, d'un effort que fit la malade pour soulever un seau.

Elles siégeaient surtout dans les régions ombilicale, sous-ombilicale et lombaire, revenant par crises de quatre à cinq jours, séparées par des intervalles de calme de même durée, se montraient plus vives la nuit ou du moins dans la position couchée, s'accompagnaient de nausées, parfois de vomissements, et avaient une forme assez mal définie.

On pensa qu'il pouvait s'agir d'une grossesse malgré la persistance des règles, nettement diminuées depuis l'apparition des crises douloureuses. Puis les douleurs persistèrent, les règles continuant à venir régulièrement chaque mois et toujours moins abondantes qu'autrefois. Toute idée de grossesse fut abandonnée. Le seul traitement qui fut fait consista en injections et en applications vaginales de tampons médicamenteux. Les antécédents de la malade sont d'un médiocre intérêt.

Premières règles à 12 ans 1/2 ; elles ont été régulières et indolores. Il y a eu quelques pertes blanches.

L'examen pratiqué en septembre 1926 donne les résultats suivants :

La paroi est épaisse et résiste à la palpation. Pas de tumeur ni de masse perceptible, mais il existe une zone douloureuse à la pression assez bien délimitée, large comme une paume de main située au niveau de l'ombilic et immédiatement au-dessous et à droite de celui-ci. Entre cette zone et le pubis, la douleur s'atténue et devient presque nulle.

Au toucher, col de nullipare conique, fermé, déplacé tout entier à gauche et regardant à gauche. On ne sent rien de net dans les culs-de-sac. Le double palper est difficile à cause de l'épaisseur et de la contrac-

ture de la paroi. Cependant, il permet de percevoir une masse arrondie, sus-pubienne, remontant à deux ou trois doigts au-dessus du pubis et qui paraît être soit un gros utérus, soit une tumeur annexielle plus ou moins fusionnée avec l'utérus et se mobilisant avec lui.

La nature exacte de cette masse abdomino-pelvienne ne peut être précisée. La présence d'une zone douloureuse juxta-ombilicale donne à penser qu'en outre l'appendice n'est pas indemne.

Opération le 22 septembre 1926, par le D^r CHASTENET DE GÉRY. Laparotomie sous-ombilicale médiane. L'utérus plutôt petit est rétroversé. Derrière lui, en travers, le côlon ilio-pelvien. Entre l'utérus et le côlon, à gauche, apparaît un organe gros comme le petit doigt, long de 3 cm., rouge foncé avec un revêtement séreux un peu dépoli et qui ressemble à un appendice ou à un diverticule enflammé.

L'utérus étant saisi et attiré en haut et en avant on s'aperçoit que l'organe dont il s'agit est le segment distal de la trompe gauche tordue sur elle-même. La torsion qui est de 180° environ s'est faite dans un sens inverse à celui de la marche des aiguilles d'une montre, et sensiblement à la partie moyenne de la trompe. Celle-ci est filiforme au point même de la torsion, renflée au delà, tout à fait normale en deçà. Aucune adhérence. Le pavillon est fermé par soudure de ses franges. L'ovaire est petit, caché sous un repli du feuillet postérieur du ligament large de l'utérus.

Du côté droit, des adhérences lamelleuses et denses unissent le côlon pelvien et une de ses franges épiploïques longue et très grasse à la trompe qui appa-

rait d'abord tassée sur elle-même. De la pointe des ciseaux fermés, on libère le côlon. Au sein des adhérences entre la trompe et l'intestin apparaît une petite masse de substance sébacée et qui ne paraît contenue dans aucune enveloppe appréciable. Celle-ci enlevée, reste la trompe.

On en dégage le pavillon fixé dans le Douglas, on la déroule et on constate alors qu'elle est tordue sur elle-même mais cette fois dans le sens des aiguilles d'une montre, donc en sens inverse de la trompe gauche, et qu'elle a fait un tour complet, soit 360°. L'extrémité tubaire légèrement renflée et arrondie est fermée. La torsion a eu lieu à la partie moyenne. L'extrémité utérine est normale. L'ovaire est en place, normal. On résèque les deux trompes très pédiculisées, un peu en deçà de la torsion, après simple ligature au catgut.

Ablation de l'appendice.

Redressement en antéversion de l'utérus par raccourcissement des ligaments ronds dont le repli est fixé à la face antérieure de l'utérus à la manière de DUDLEY. Petit drain. Fermeture de la paroi. La malade a été revue le 21 mars 1927. Son état est, somme toute, satisfaisant.

Après avoir opéré cette malade, on était convaincu qu'il s'agissait d'une torsion de trompes normales. Le segment tubaire juxta-utérin n'avait subi aucune modification de forme, de volume ni d'aspect, et le gonflement, la turgescence de la partie distale des trompes et même l'occlusion du pavillon paraissaient très raisonnablement pouvoir être attribuées à la torsion. Il n'y avait aucune adhérence du côté de la trompe gauche sans doute plus récemment tordue et la péri-

tonite plastique observée à droite ne pouvait être due qu'à l'ancienneté de la lésion. Par ailleurs, le péritoine était tout à fait normal et ne présentait aucune granulation. Il n'y avait aucune sérosité dans la cavité péritonéale et on ne sentait pas de ganglions mésentériques ou rétro-péritonéaux.

Examen histologique, pratiqué au laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté par M. Maurice PERROT, puis par M. LEROUX et par le Prof. ROUSSY nous causa une vive surprise.

L'examen de la trompe gauche sur une coupe longitudinale pratiquée dans sa partie moyenne montre une muqueuse normale. Mais dans les axes conjonctivo-vasculaires des franges et de la sous-muqueuse, présence de très nombreux nodules inflammatoires dont le centre est formé de cellules épithélioïdes avec une couronne giganto-cellulaire très manifeste. Sclérose discrète des plans profonds. Sur une coupe transversale passant près du point de torsion, on note surtout des lésions de sclérose.

La trompe droite présente des lésions inflammatoires nodulaires analogues, quoique moins nettement systématisées. Soudures de nombreuses franges tubaires. On note la présence de deux ou trois kystes du volume d'un grain de mil, bordés par un épithélioma cylindro-cubique et pouvait assez vraisemblablement être interprétés comme des dilatations secondaires à la soudure complète des franges.

Sclérose très prononcée de la musculuse et de la séreuse. En un point de cette trompe, implantés sur sa surface par un pédicule assez grêle, on remarque deux petits polypes que l'examen histologique montre

formés par un kyste à contenu fibrineux, limité par une capsule fibreuse et un épithélium cubique à l'intérieur.

En résumé, les deux trompes examinées se montrent atteintes par un processus indéniable de *tuberculose* sans tendance caséifiante avec, au niveau de la trompe droite, soudure des franges tubaires et dilatations kystiques.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

La torsion de la salpingite tuberculeuse qui s'est faite dans cinq cas sur six sur un abcès froid tubaire et dans un seul cas sur une salpingite folliculaire non distendue est un accident qui se rencontre chez la femme jeune, de 15 à 29 ans. Dans trois cas il s'agissait de vierges, dans trois autres cas de femmes mariées. Le plus souvent il n'existait aucun antécédent tuberculeux, permettant d'orienter le diagnostic, sauf dans le cas de LAPEYRE et FAYOT où on avait la notion d'une pleurésie droite cinq ans auparavant et d'une pleurésie gauche quatre ans auparavant. Toutefois, dans le cas de WEISS et MATHIEU la malade, âgée de quinze ans, présentait depuis deux mois une anémie progressive avec amaigrissement qui indiquait une imprégnation bacillaire.

Jamais on n'a retrouvé de cause occasionnelle, traumatisme par exemple, digne de retenir l'attention.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Le plus souvent la latence de l'abcès froid tubaire était complète. Les troubles de la menstruation sont inconstants ou bien banaux. Dans le cas de GUILLERMIN il y eut pendant les semaines qui précédèrent l'accident deux retards de règles : l'un de quinze jours, l'autre de trois semaines, avec expulsion de caillots sans douleurs qui firent discuter un moment un avortement tubaire.

La torsion se manifeste de façon différente. Tantôt c'est un drame pelvi-abdominal aigu caractérisé par l'apparition brutale de très vives douleurs évoluant par phénomènes paroxystiques séparés par des accalmies de quelques heures. Les accidents montrent dans le Douglas une masse plus ou moins volumineuse, très sensible à la palpation. L'acuité des phénomènes pose une indication opératoire d'urgence, le diagnostic hésitant le plus souvent entre une torsion d'un kyste de l'ovaire, ou bien une rupture

de grossesse extra-utérine. Parfois au contraire, comme dans l'observation de LAPEYRE et FAYOT, il se produit plusieurs crises douloureuses pelvi-abdominales séparées par de longs intervalles, pendant lesquels la malade accuse simplement des douleurs sourdes siégeant toujours au même point. L'examen montrait dans ce cas des masses pelviennes bosselées, douloureuses, immobiles, et l'on conçoit que l'erreur de diagnostic ait pu se faire avec la forme ulcéro-caséuse de la tuberculose salpingienne.

Il peut arriver, enfin, que la torsion se fasse d'une façon presque insidieuse, sans phénomènes aigus et que l'examen trouve simplement une grosse masse douloureuse, placée contre l'utérus, comme dans l'observation de HAMANT.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'intervention permet de poser immédiatement le diagnostic. On trouve, en effet, d'un côté une trompe très augmentée de volume, piriforme, à grosse extrémité externe, et à pédicule juxta-utérin, de coloration violette aubergine, dont le pédicule est tordu sur lui-même : un tour dans le cas de GUILLEMIN, un tour et demi dans celui de LAPEYRE et FAYOT, trois tours dans celui de HAMANT, cinq tours dans celui de HUCHET et DUPERRAT. La torsion se fait le plus souvent dans le sens des aiguilles d'une montre. En général elle provoque la chute de la trompe dans le Douglas. La trompe du côté opposé est en général le siège d'un abcès froid, sauf dans le cas de HUCHET et DUPERRAT où elle était externe. Ce qui est important à constater, c'est l'absence de lésion ovarienne. L'ovaire, en effet, n'a jamais été rencontré tuberculeux et n'a jamais participé à la torsion. Absence également de lésion utérine, de granulation péritonéale,

d'adhérences. Ces particularités permettent une intervention techniquement facile qui demeure économique. Les chirurgiens ont, en effet, réséqué la trompe tordue sans toucher ni à l'utérus ni à l'ovaire.

Lorsqu'on ouvre la trompe on la trouve remplie de 300 à 500 cmc. de pus jaunâtre ou blanchâtre qui fréquemment est mêlé de sang. L'examen histologique de la paroi montre une sclérose hypertrophique au sein de laquelle on trouve quelques formations folliculaires typiquement tuberculeuses.

Tel est l'aspect anatomo-pathologique que l'on rencontre dans quatre de nos observations.

Dans l'observation de WEISS et MATHIEU ils s'agissait d'un cas intermédiaire : on a trouvé, en effet, un abcès froid tubaire typique, mais en plus il existait une nécrose caséuse disséquante de la paroi musculaire de la trompe, ainsi qu'un essaimage granulique pelvi-péritonéal, tout comme si une poussée évolutive tuberculeuse était venue compliquer un abcès froid tubaire antérieurement constitué. Ces faits cadraient d'ailleurs avec la clinique : la malade âgée de quinze ans présentait depuis deux mois de l'amaigrissement, de l'asthénie et des céphalées. Dans ces conditions il n'est pas étonnant que l'évolution post-opératoire ait été rapidement mortelle, la terminaison ayant été, d'ailleurs, hâtée par des manifestations de granulie méningée.

L'observation de CHASTENET DE GÉRY et LACROIX présente plusieurs particularités qui en font un cas très différent des autres : d'une part la torsion était

bilatérale ; à gauche, à la partie moyenne de la trompe s'était fait une torsion de 180° en sens inverse des aiguilles d'une montre, tandis qu'à droite on constatait dans le sens des aiguilles d'une montre une torsion de 360° . La torsion de la trompe droite paraissait plus ancienne du fait de nombreuses adhérences qui l'unissaient au côlon. D'autre part les trompes étaient de la grosseur du petit doigt, par conséquent non dilatées, et l'examen histologique ne montra aucune caséification mais simplement la présence dans les franges et dans l'épaisseur de la musculuse de quelques granulations tuberculeuses. Cette découverte fut une surprise d'examen histologique. Il s'agissait d'ailleurs, ici encore, d'une forme peu virulente de bacillose et le pronostic opératoire fut aussi favorable que dans les quatre cas d'abcès froids tubaires authentiques que nous avons étudiés.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

L'abcès froid tubaire réalise plusieurs conditions qui le prédisposent à des accidents de torsion : trompe très augmentée de volume contenant parfois jusqu'à 500 grammes de pus, et par conséquent très alourdie, de forme piriforme ou sphérique, reliée à l'utérus par un pédicule relativement mince, dépourvu de toute adhérence aux organes qui l'entourent.

Les causes extrinsèques de la torsion seraient les pressions et contractions péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin, la déclivité très grande en bas et en avant du détroit supérieur. Lorsque la trompe se distend elle arrive à prendre la forme d'une cornemuse renversée dont la grosse extrémité serait tournée vers le haut, devant accomplir une chute en avant ou en arrière de 180 degrés. Cette première rotation effectuée, comment expliquer le complément des tours du spire ?

« C'est alors qu'il faudrait revenir aux causes extrin-

sèques, notamment aux mouvements péristaltiques de l'intestin, de réplétion et de vacuité de la vessie. PAUTHERAT, à propos du mécanisme de la torsion des kystes de l'ovaire, avait énoncé une loi qui serait applicable ici : la loi « du sphéroïde pris entre deux points opposés de sa surface ».

« Si le sphéroïde représenté ici par l'hydro ou pyosalpinx est rattaché à un axe, il tournera sur lui-même entraînant l'axe si ce dernier est rigide et mobile, le tordant en spirale s'il est souple et fixé à l'une de ses extrémités.

Des causes adjuvantes à signaler seraient la lubrification des surfaces voisines, et d'après le Professeur PINARD, l'existence de grossesses antérieures.

PAYR, dans un travail sur la torsion des organes abdominaux en général, écrit le facteur initial de la torsion est une simple stase au niveau des veines, stase qui en rendant les veines sinueuses leur imprime le premier mouvement de torsion ; celui-ci est continué ensuite par le pédicule tout entier (WEISS et MATHIEU) ».

On a voulu trouver des explications pour expliquer la plus grande fréquence de la torsion à droite, mais ces explications paraissent avoir d'autant moins de valeur que la torsion s'observe aussi bien d'un côté que de l'autre.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

En l'absence d'antécédents tuberculeux, le diagnostic différentiel qui se pose est celui, ou bien de la torsion d'un kyste de l'ovaire, ou bien de la torsion d'une trompe saine, éventualité que de récentes observations ont montré non exceptionnelle.

Dans le cas de GUILLERMIN la notion de deux retards de règles avec expulsion de caillots sans phénomènes douloureux avait fait discuter l'hypothèse d'un avortement tubaire. Dans le cas de WEISS et MATHIEU enfin, la présence de phénomènes douloureux à droite coïncidant avec un certain degré de contracture pariétale, fit au début poser le diagnostic d'appendicite perforée en deux temps. La laparotomie, d'ailleurs, devait permettre d'expliquer cette contracture pariétale puisqu'elle montrait en même temps que la torsion de la trompe l'existence d'une pelvi-péritonite granulique aiguë, en même temps qu'une torsion de la trompe.

Si au contraire, la torsion se fait par des phénomènes abdominaux paroxystiques échelonnés à longs intervalles, si elle se fait à bas bruit comme dans l'observation de HAMANT, on conçoit que l'on puisse discuter l'hypothèse d'autres tumeurs pelviennes, et en raison de la bilatéralité des symptômes, l'hypothèse soit de pyosalpinx bilatéral, soit de salpingite tuberculeuse dans sa forme ulcéro-caséreuse. Cette erreur de diagnostic, parfaitement compréhensible dans le cas de LAPEYRE et FAYOT, explique que pendant plusieurs mois, on ait traité la malade par des injections de FINIKOF, des injections de calcium, de vaccin de VAUDREMER, et par les rayons ultra-violet. C'est la persistance, et même l'aggravation des symptômes qui ont amené les auteurs à pratiquer une laparotomie exploratrice qui montrant un abcès froid bilatéral en permit l'extirpation et par conséquent, la guérison extemporanée.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Sans aller jusqu'à dire que la torsion est parfois providentielle puisque décelant un abcès froid latent elle le fait enlever avant qu'il ne soit transformé en une pelvi-péritonite caséeuse inaccessible à la thérapeutique, on doit constater que le pronostic post-opératoire est excellent d'une part, parce que l'abcès froid tubaire se présente comme une lésion d'extirpation techniquement facile, et d'autre part, parce que c'est une lésion extrêmement localisée. Si bien que dans tous les cas, sauf celui de WEISS et MATHIEU, où la tuberculose était en pleine poussée évolutive, le pronostic post-opératoire fut excellent, et les suites opératoires parfaitement normales. Il ne semble pas que la torsion ait donné un coup de fouet à l'évolution de la tuberculose. Dans aucun des cinq cas on n'a noté l'apparition de complications locales ou à distance, en particulier, on n'a pas noté l'apparition de tuberculose pulmonaire après l'intervention.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT ET RÉSULTATS

Le traitement chirurgical consiste dans la simple salpingectomie. Il est inutile d'enlever l'utérus puisque ce dernier est intact ; il est également inutile d'enlever l'ovaire lorsqu'il n'est pas tuberculeux, et lorsqu'il ne participe pas à la torsion, comme c'est la règle.

Dans le cas de HAMANT il existait un abcès froid bilatéral qui a nécessité une salpingectomie double. Vou-
lant pratiquer une intervention conservatrice au maximum, l'auteur a pratiqué sur chacun des moignons tubaires l'artifice suivant : Par une section double longitudinale il les a ouverts en quatre valves qu'il a fixées du côté utérin, créant ainsi une sorte d'entonnoir au contact duquel il a suturé l'ovaire sain. Les suites opératoires ont été excellentes. La menstruation est réapparue dès le huitième jour qui a suivi l'opération. Mais ayant perdu la malade de vue HAMANT ne sait pas si plus tard elle a pu être enceinte. Quoi qu'il en soit il faut retenir que l'intervention peut et doit être résolument conservatrice.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

I. — Parmi les salpingites tuberculeuses, ce sont les formes torpides à type d'abcès froid tubaire qui se compliquent le plus volontiers de torsion.

II. — Du fait de l'absence d'adhérences et de la forme ovulaire ou arrondie, lisse de la trompe malade, cette torsion est toujours complète et présente souvent plusieurs tours ; elle se produit au contact de l'abouchement utérin de la trompe.

III. — Cliniquement, il s'agit tantôt d'un drame pelvi-abdominal aigu caractérisé par l'apparition brutale de très vives douleurs évoluant par paroxysmes, tantôt de plusieurs crises douloureuses subaiguës espacées par de longs intervalles.

Une seule fois sur les six cas que nous avons colligés, la torsion était parfaitement latente.

IV. — En l'absence d'antécédents bacillaires, le diagnostic clinique de l'abcès froid tubaire est peu

facile. A plus forte raison quand il s'est compliqué de torsion, il y a deux sources d'erreur : ou bien ne pas soupçonner la tuberculose et penser à la torsion d'un kyste de l'ovaire, ou à la rupture d'une grossesse extra-utérine, ou bien faire le diagnostic de salpingite tuberculeuse, mais croire à une autre forme anatomo-clinique, telle par exemple la forme pelvi-péritonéale caséeuse.

V. — L'intervention est en général facile. Elle peut être conservatrice puisque l'ovaire est resté en dehors du conflit. Ses résultats sont excellents, à condition qu'il s'agisse d'une tuberculose bien localisée, peu virulente et non évolutive, ce qui est le cas le plus souvent.

Vu : le Président de la thèse,
LEROUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur :
L'Inspecteur de l'Académie,
PUGIBET.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BUSQUET. — La torsion des salpingites kystiques (Thèse Bordeaux, 1903-1904).
- CATHELIN. — La torsion des hydrosalpinx. (*Revue de Chirurgie*, 1901).
- CHASTENET DE GERY et LACROIX. — Torsion de deux trompes en apparence normales et histologiquement tuberculeuses (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 6 avril 1927 p. 558).
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de gynécologie*, p. 668, in *Nouveau traité de Chirurgie*.
- GUILLEMIN. — Pyosalpinx tuberculeux bilatéraux. Torsion de l'un d'eux (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Nancy, 16 novembre 1936, p. 106).
- HAMANT. — Absès froid tubaire bilatéral. Triple torsion de la trompe gauche (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1924, p. 69).
- LAPEYRE et FAYOT. — Double absès froid tubaire avec torsion de l'un d'eux (n° 22 du *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, janvier 1933, p. 76).
- LEGUEU. — *Presse médicale*, 1900, n° 6, p. 37.
- LEJARS. — Torsion des hydrosalpinx (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1909).

MONDOR. — Les diagnostics urgents, 4^e édition, 1940, p. 1073.

MOULONGUET. — Rapport : Etude clinique de la tuberculose utéro-annexielle (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, août 1933, n° 2).

SIMONET. — La torsion du pédicule dans les salpingites (Thèse Bordeaux, 1906).

VERNIE. — La torsion de l'hydrosalpinx (Thèse Paris, 1911).

WEISS et MATHIEU. — Torsion d'un pyosalpinx tuberculeux (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Nancy, 1922, p. 282).

